

COMMUNIQUÉS POLICY

No. 5 • SEPTEMBER 2005

DE PLANIFICATION ET DE FINANCES

Garantir la sécurité contraceptive pour les femmes séropositives

- *Les plans de sécurité contraceptive n'accordent pas toujours la place nécessaire aux besoins spécifiques des femmes séropositives.*
- *Il est indispensable de garantir la sécurité contraceptive pour les femmes séropositives pour atteindre les buts du développement international, notamment la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.*
- *Toute intervention qui lève les barrières auxquelles se heurtent les femmes séropositives pour accéder à l'information et aux services de planification familiale revêt une importance vitale pour préparer le plan de sécurité contraceptive garantissant l'accès pour tous.*



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Communiqués POLICY de Planification et de Finances, série de résumés d'orientation, présente les résultats et les implications de la recherche appuyée par POLICY. La série vise à attirer l'attention sur l'importance de mettre en place un contexte de politiques favorables qui encourage un financement adéquat des programmes de PF/SR et VIH/SIDA.



Garantir la sécurité contraceptive pour les femmes séropositives

La sécurité contraceptive sera atteinte quand chaque personne est capable de choisir, d'obtenir et d'utiliser des contraceptifs et autres produits essentiels de santé de la reproduction quand il/elle en a besoin.

Introduction

La sécurité contraceptive (SC) est atteinte lorsque les personnes disposent d'un accès assuré à un approvisionnement régulier et à une gamme adéquate de divers produits contraceptifs et qu'elles peuvent obtenir toutes les informations et les services nécessaires liés à ces produits. Alors que les pays en développement font de leur mieux pour assurer une sécurité contraceptive face à une demande contraceptive sans cesse croissante (voir Encadré 1), ils deviennent de plus en plus conscients de l'impact si les ressources ciblent les groupes vulnérables et leur capacité à assurer un accès équitable à tous, notamment aux femmes séropositives (voir Encadré 2).

Il est impératif de répondre aux besoins en planification familiale des femmes séropositives pour lutter contre le VIH/SIDA et pour atteindre les objectifs internationaux de développement. Toutefois, les programmes de SC ont souvent du mal à répondre pleinement aux besoins spécifiques des femmes séropositives. Bien des obstacles se dressent sur leur chemin pour atteindre ce groupe marginalisé: choix limité des méthodes contraceptives accessibles, manque de services-conseils de qualité sur les options contraceptives adéquates, stigmatisation et discrimination empêchant souvent ces femmes d'avoir accès aux informations et aux services nécessaires et barrières opérationnelles auxquelles se heurte le personnel soignant et qui entravent sa prestation efficace de soins médicaux.

ENCADRÉ 1.

Le soutien des bailleurs de fonds pour la sécurité contraceptive prend une nouvelle forme

Jusqu'à récemment, les bailleurs de fonds ont été les principaux fournisseurs de produits contraceptifs aux pays en développement. En fournissant des conseils pour les achats, la coordination de la logistique, les recherches et le marketing, et les produits contraceptifs eux-mêmes, ces sources extérieures stimulent et maintiennent la demande de contraceptifs et d'autres produits de santé de la reproduction dans le monde entier. Après tant d'années, les pays en développement se dégagent de plus en plus du soutien des bailleurs de fonds. Ils doivent à présent assumer l'entière responsabilité de garantir aux habitants de leur pays un accès sûr aux produits, services et informations en matière de contraception.

ENCADRÉ 2.

Utiliser une approche SC pour élargir l'accès des groupes vulnérables

Le cadre de la Voie Stratégique pour Parvenir à la Sécurité en Produits de Santé Reproductive (SPARHCS) est un outil conçu pour faire une évaluation complète des barrières entravant la prestation de la planification familiale. Il est très important que les pays en développement à présent chargés d'apporter cette sécurité contraceptive à un nombre croissant de personnes et aux groupes vulnérables émergents comme les femmes séropositives, les jeunes et les pauvres identifient et lèvent ces barrières qui entravent l'accès aux produits, information et services en matière de contraception. Le VIH/SIDA affecte les femmes à plusieurs niveaux : sur le plan social, émotionnel, physique et financier. En analysant des aspects spécifiques de la sécurité contraceptive — capacité humaine et organisationnelle, logistique, politique, prestation de services, demande, finances et participation du secteur privé — SPARHCS peut aider à identifier et éliminer les barrières, élargissant ainsi l'accès à l'information et aux services dispensés à tous ces groupes vulnérables.

Donner accès à l'information, aux services et aux produits de planification familiale pour ce groupe peut avoir un impact notable sur l'épidémie de VIH/SIDA et les interventions qui surmonteront ces obstacles peuvent aider à atteindre cet objectif.

L'Organisation mondiale de la Santé, OMS, identifie quatre étapes de la prévention

périnatale du VIH auxquelles les femmes ont besoin d'aide: 1) prévention de l'infection à VIH chez les femmes, surtout les jeunes femmes en âge de procréer, 2) prévention de la grossesse non souhaitée chez les femmes séropositives, 3) prévention de la transmission mère-enfant et 4) soutien pour la mère séropositive et sa famille (WHO, 2003). Un plan SC complet répond à ces besoins d'aide aux femmes aux quatre étapes et peut affecter directement les étapes deux et trois en réduisant les barrières rencontrées par les femmes séropositives qui souhaiteraient avoir accès à des produits, services et informations en planification familiale (PF).

Ce numéro des *Communiqués POLICY de Planification et de Finances* a été préparé par Margaret Hamilton avec un apport technique de Varuni Dayaratna, Anne Eckman, Suneeta Sharma, Carol Shepherd, et Bill Winfrey. L'auteur tient à remercier Bill Rau, consultant technique et Rose McCullough, Liz Schoenecker, Mai Hijazi, et Diana Prieto de l'Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID) de leur examen attentif et commentaires constructifs. Les vues exprimées dans ce document ne reflètent pas forcément celles de l'USAID ou du Gouvernement américain.

Le Projet POLICY est financé par l'USAID aux termes du Contrat Numéro HRN-00-00-00006-00 et mis en œuvre par le Futures Group en collaboration avec le Centre pour les Activités de Développement et de Population (CEDPA), et le Research Triangle Institute (RTI).

Le but fixé par la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) à savoir réduire de 50 pourcent d'ici 2010 la proportion d'enfants infectés par le VIH ne pourra être atteint que si les stratégies de santé nationales et internationales font une place à la planification familiale pour réduire le nombre de grossesses non souhaitées chez les femmes séropositives (Sweat, 2004). Le Plan d'urgence du Président des Etats-Unis en matière de lutte contre le SIDA se donne pour objectif de prévenir 7 millions de nouvelles infections à VIH, y compris celles qui seront évitées grâce à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) du VIH. Une réduction notable des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant repose sur l'utilisation des contraceptifs par les femmes séropositives afin d'empêcher toute grossesse non souhaitée et fait par ailleurs appel à d'autres interventions, y compris les conseils et dépistage volontaires du VIH, les conseils pour l'alimentation du nourrisson, l'utilisation des médicaments antirétroviraux (ARV) et le soutien apporté aux femmes séropositives pour qu'elles fassent des choix en toute connaissance de cause. Etant donné que la fourniture de services de PF aux femmes séropositives peut avoir un énorme impact sur la réalisation des objectifs de développement, un plan de SC qui mise sur l'accès des femmes séropositives à l'information et aux services contraceptifs, outre l'accès à la PF en général, pourrait exercer un effet maximal.

Ce résumé d'orientation décrit l'importance d'assurer la sécurité contraceptive pour les femmes séropositives. Il passe en revue les barrières usuelles que rencontrent ces femmes séropositives dans leur quête pour obtenir des services de PF¹ et présente des interventions qui sont susceptibles de supprimer ces obstacles (voir Encadré 3 pour un récapitulatif de ces interventions).

¹ Bien que ce résumé d'orientation discute de certains obstacles que rencontrent les femmes séropositives, il n'a pas pour objectif d'être une évaluation complète des défis que rencontre ce groupe vulnérable. L'énoncé se concentre uniquement sur les aspects relevant directement de la sécurité contraceptive pour les femmes séropositives, un des nombreux groupes vulnérables aidés par le gouvernement.

Importance de la sécurité contraceptive pour les femmes séropositives

Répondre aux besoins des femmes séropositives affecte le développement
L'épidémie du VIH/SIDA afflige durement les femmes. Le statut inégal des femmes d'un point de vue économique, social et juridique est exacerbé par leur statut de personnes séropositives (ICW, 2004a). Non seulement les femmes manquent de ressources et d'influence pour se protéger elles-mêmes contre l'infection à VIH mais c'est presque toujours à elles qu'incombe de soigner les membres malades de la famille ou de la communauté. La grossesse taxe lourdement le corps d'une femme séropositive et si cette dernière ne reçoit pas de bons conseils et soins médicaux, elle risque de précipiter l'évolution du VIH/SIDA. En le même temps, si elle ne bénéficie d'aucune intervention, une femme enceinte séropositive court un risque de 30 à 40 pourcent de transmettre le virus au fœtus pendant l'accouchement ou en allaitant le bébé (Mitchell et al., 2004). Une stratégie de SC qui vise à répondre aux besoins d'une

femme séropositive afin qu'elle puisse recevoir divers services et informations dont elle a besoin peut aider à protéger tant la santé de la mère que celle de l'enfant.

La vaste majorité des femmes séropositives ont entre 15 et 49 ans, les années les plus fécondes. Les grossesses chez les femmes séropositives risquent d'augmenter notablement le nombre d'orphelins ou d'enfants gravement malades, obérant les ressources des familles et des prestataires de services sociaux dans les pays en développement. De nos jours, on compte plus de 15 millions d'orphelins du SIDA (orphelins d'un ou des deux parents) dans le monde (UNICEF et al., 2004). Les parents, les familles, et les communautés qui survivent ploient sous ce fardeau émotionnel et financier. Un plan SC qui garantit l'accès à l'information sur la planification familiale et le VIH à toutes les femmes et à leurs partenaires, avant que la femme ne tombe enceinte et pendant les soins prénatals, peut aider un couple à faire des choix mieux étayés en matière de grossesse, (et à prendre connaissance de la prophylaxie des ARV pour la mère et l'enfant), et lui apprendre comment prendre soin des enfants en cas de décès d'un ou des deux parents.

ENCADRÉ 3. Les interventions qui promeuvent la SC pour les femmes séropositives

Plaidoyer et implication des parties concernées

- Faire participer les femmes séropositives aux initiatives et à la planification de la SC
- Faire participer les hommes à la planification familiale comme moyen d'élargir l'accès et le choix des femmes
- Mobiliser la société civile pour la défense des femmes séropositives
- S'allier aux dirigeants communautaires

Formation et réglementation des prestataires

- Elargir les responsabilités des infirmiers et des agents de santé communautaires par voie de formulation de politiques
- Diminuer la stigmatisation et la discrimination par l'intermédiaire de la formation et de la fourniture de lignes directrices pour les agents de santé
- Inclure la planification familiale et le VIH/SIDA dans les programmes de formation formelle et informelle des agents de santé

Coordination des programmes de VIH/SIDA et de PF

- Inclure la planification familiale aux services de lutte contre le VIH, y compris les services de conseils et dépistage

D'autres avantages sanitaires découlent de l'accès des femmes séropositives à la planification familiale, hormis la prévention de la transmission du virus au fœtus. L'utilisation régulière et correcte de la planification familiale diminue non seulement le nombre d'enfants risquant d'être infectés par le VIH, suite à la transmission mère-enfant, mais facilite par ailleurs l'espacement des naissances, évite le stress de la grossesse pour une femme dont les systèmes immunitaires sont déjà affaiblis et réduit le nombre éventuel des orphelins du SIDA. Ces avantages soutiennent la santé tant de la femme séropositive qui décide d'éviter une grossesse que de celle qui envisage d'avoir des enfants.

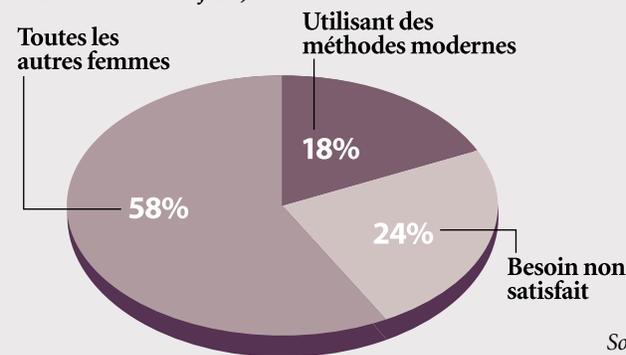
Garantir l'accès à une PTME intégrée et à la planification familiale soutient la réalisation des objectifs du développement

Les interventions de PTME et celles visant à répondre aux besoins des femmes séropositives sont au cœur des débats à l'heure actuelle car on connaît le rôle important que joue la PTME du VIH pour atteindre les buts du développement international, en particulier ceux adoptés par la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies et le Plan d'urgence du Président des Etats-Unis. Dans les pays qui prennent part à l'Initiative² des Etats-Unis pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, 13 pourcent des nouvelles infections en 2003 étaient imputables à cette voie de transmission (POLICY Project, 2005). La bonne prestation de la planification familiale avant la grossesse et par l'intermédiaire des programmes de PTME peut exercer une influence sur plusieurs indicateurs clés du développement et sur la réalisation du but international de développement de réduire le nombre de nourrissons infectés par le VIH.

La recherche menée dans les 14 pays prioritaires faisant partie de l'initiative des Etats-Unis met à jour un besoin non satisfait élevé de planification familiale. En effet, 18 pourcent des femmes mariées en âge de procréer utilisent actuellement une méthode moderne de contraception alors que 24 pourcent aimeraient limiter ou espacer les naissances mais n'utilisent pas de moyen de contraception (voir Figure 1).

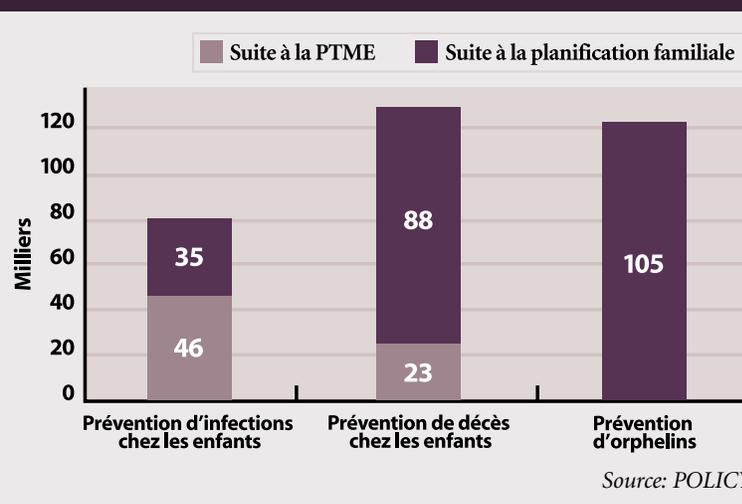
FIGURE 1. Besoin non satisfait chez les femmes mariées en âge de procréer

(Pays figurant dans l'Initiative des Etats-Unis pour la prévention du VIH chez la mère et l'enfant)



Source: POLICY Project, 2005

FIGURE 2. Avantages des services de planification familiale et PTME dans 14 pays à prévalence élevée du VIH, 2007



Source: POLICY Project, 2005

D'après les évaluations des avantages et coûts liés à l'adjonction de services de PF aux programmes de PTME³ dans les 14 pays prioritaires, la planification familiale à elle seule pourrait aider à éviter un quart des naissances d'enfants séropositifs par an par la prévention de grossesses non souhaitées — un grand pas en avant vers les buts de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (POLICY Project, 2005). L'utilisation accrue de la contraception par les femmes séropositives serait au moins aussi efficace que la fourniture de la prophylaxie en ARV pour la mère pendant la grossesse et pour

le nourrisson. L'impact sur les taux de décès et d'infection chez les enfants et sur le nombre d'orphelins est notablement accru quand les services de PTME et la planification familiale sont dispensés simultanément (voir Figure 2). Si on observe l'impact de l'adjonction de la planification familiale dans les 14 pays, on note que la

² Pays participant à l'Initiative des Etats-Unis pour la prévention du VIH de la mère à l'enfant : Botswana, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Guyane, Haïti, Kenya, Mozambique, Namibie, Nigeria, Rwanda, Afrique du Sud, Zambie, Tanzanie et Ouganda.

³ Les programmes PTME examinés dans cette étude se basent sur le traitement avec névirapine (NVP) ou zidovudine plus névirapine (AZT + NVP).

PTME doublée de la planification familiale a permis d'éviter 105.000 orphelins supplémentaires grâce à un taux plus faible de grossesses parmi les femmes séropositives, de sauver la vie de 12.000 mères grâce à la baisse des risques de grossesse et d'accouchement parmi les femmes séropositives et de prévenir 88.000 décès d'enfants suite à un meilleur espacement des naissances (POLICY Project, 2005). Au fur et à mesure que les avantages de la planification familiale deviennent plus clairs et que les dirigeants, le personnel de la santé et les femmes séropositives se rendent plus compte des avantages de la planification familiale pour les femmes séropositives, les décideurs reconnaîtront de plus en plus qu'il faut maintenir l'accès aux contraceptifs et aux services de PF pour les femmes séropositives.

Une des conséquences indues de la focalisation unique sur la PTME est que les femmes seront perçues comme des vecteurs de la transmission du VIH. C'est pourquoi elles sont souvent demandées de ne pas avoir d'enfants ou de participer aux programmes de prophylaxie des ARV (De Bruyn, 2002; ICW, 2004a). Les deux approches se soucient uniquement de la santé des enfants et non pas de celle de la mère et rejettent le désir d'enfant éventuel d'une femme séropositive. La fourniture d'information et de services de planification familiale en vue de prévenir la transmission mère-enfant est certes un moyen important d'augmenter la sécurité contraceptive pour les femmes séropositives, mais cela ne répond pas à tous leurs besoins en planification familiale. Un meilleur accès à l'information et aux services de PF doit profiter à toutes les femmes qui souhaitent prendre une décision en toute connaissance de cause concernant leur désir d'enfant — une décision qui doit relever d'un choix qu'elles auront fait de concert avec leur partenaire ainsi qu'à toutes celles qui cherchent à limiter le nombre et l'espacement des naissances. Toute discussion des options contraceptives doit se faire dans le respect des choix des femmes séropositives et en soutenant leurs propres décisions en matière de PF/SR.

Les barrières sont de taille pour les femmes séropositives

Un choix limité de méthodes s'offre aux femmes séropositives

Les femmes séropositives ont des besoins spécifiques et pourtant des barrières sociales et financières viennent limiter leurs choix en matière de planification familiale. Préférence personnelle, religion, situation matrimoniale, disponibilité et coût des soins et produits cliniques, et statut VIH figurent souvent parmi les nombreux facteurs qui peuvent influencer le choix d'une méthode contraceptive chez la femme. Si l'utilisation d'une double méthode (méthode barrière combinée à une autre forme de méthode contraceptive) et l'abstinence restent les meilleures formes de protection contre la grossesse et les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris

VOIX DE SÉROPOSITIVES

« Mon mari ne veut pas entendre parler du préservatif. Il refuse ces machins en plastique et s'il en trouvait un chez nous, il m'accuserait de courir après d'autres hommes ... »

~ Femme séropositive au Zimbabwe (Feldman et al., 2002)

le VIH, il n'en reste pas moins que des facteurs sociaux et la situation inégale des femmes (contrôle masculin sur l'activité sexuelle et l'utilisation de la contraception et haute valeur accordée à la fécondité et aux familles nombreuses) continuent d'empêcher bien souvent de nombreuses femmes d'utiliser régulièrement les méthodes de leur choix. Le contrôle qu'exerce l'homme sur le foyer expose non seulement les femmes à une plus grande vulnérabilité en limitant leur capacité de contrôle de l'acte sexuel et la contraception mais entrave également leur accès aux soins de santé. Dans le cadre d'une étude auprès de femmes séropositives au Zimbabwe, 44 pourcent des répondantes de l'enquête ont indiqué qu'elles devaient demander l'autorisation de leur mari ou de leur belle famille avant de consulter les services de santé (Feldman et al., 2002). De plus, rares sont les femmes qui disposent de leur propre argent et elles se heurtent parfois au refus de leurs maris

si elles leur demandent de l'argent pour payer des contraceptifs. Autant de facteurs qui restreignent l'accès tant à l'information qu'aux produits contraceptifs.

Il devient d'autant plus difficile d'avoir accès à une information adéquate et appropriée sur les choix contraceptifs que de nombreuses femmes ne connaissent pas si elles sont séropositives ou, le cas échéant, hésitent à communiquer leur statut au prestataire de santé de crainte d'être victimes de discrimination. Selon une étude réalisée par le Projet POLICY au Kenya, les femmes qui étaient au courant de leur statut VIH et qui souhaitaient en apprendre davantage sur les méthodes de PF qui leur convenaient le mieux continuaient à ne pas vouloir communiquer leur statut à leur prestataire de soins, par crainte de faire l'objet de discrimination, limitant par la même leur accès à une information adaptée à leurs circonstances (Gichuhi et al., 2004).

Il est capital d'assurer l'accès des femmes séropositives à toute une gamme de méthodes contraceptives. Bien que les méthodes barrières servent divers desseins (prévention de la grossesse non souhaitée et donc, transmission au fœtus, prévention de la transmission au partenaire de la femme ainsi que la contraction d'une co-infection), les préservatifs sont la seule méthode disponible dans la plupart des pays en développement. De plus, la plupart des experts recommandent les doubles méthodes (préservatifs pour la protection contre le VIH avec une autre méthode plus fiable pour la prévention de la grossesse) étant donné les taux d'échec relativement élevés du préservatif pour la prévention de la grossesse. Il n'en reste pas moins que les femmes n'ont qu'un choix limité de méthodes disponibles suite aux ruptures de stock, au coût et/ou aux positions partiales d'un point de vue social et médical. Si l'abstinence ou l'utilisation correcte et régulière d'un préservatif n'est pas possible pour une femme séropositive, cette femme devrait quand même avoir la possibilité de se protéger elle-même contre une grossesse non souhaitée et d'éviter le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Donc, toute stratégie de SC doit chercher à garantir l'accès à des informations sur les options contraceptives, à toute la gamme des services de PF et à tous les produits.

La discrimination du prestataire se répercute sur la prestation des soins et le comportement de recherche de soins

Les préjugés ou les opinions d'un prestataire de soins peuvent affecter les soins que reçoit une patiente. L'adoption de politiques et de programmes qui combattent la stigmatisation et la discrimination à l'égard des femmes séropositives doit faire partie de tout plan complet de SC permettant l'accès non entravé aux services et aux soins auxquels les femmes ont droit. Les interventions visant à changer le comportement et les attitudes discriminatoires des personnes et des groupes sont toutefois tout aussi importantes. Pratiquement la moitié des participantes aux groupes de focalisation organisés parmi les femmes séropositives au Zimbabwe ont indiqué que les femmes avaient l'impression que les infirmières avaient une attitude discriminatoire à leur égard. D'après ces femmes, cette discrimination tenait à la crainte du personnel d'être infecté par la maladie et les attitudes négatives et critiques de ce personnel. La crainte de contracter le virus en dispensant des soins à des femmes séropositives réduit la disponibilité de certaines méthodes comme l'insertion du DIU ou la stérilisation volontaire — qui peuvent pourtant représenter d'importantes options contraceptives selon le stade de l'infection.⁴ En Zambie, des prestataires de soins ont admis que c'était la peur de contracter le VIH qui était à l'origine de leur refus de réaliser certaines procédures (Banda et al., 2004). Par ailleurs, le groupe de focalisation au Zimbabwe a montré que les agents de santé pensaient que de toute manière il n'y avait rien à faire pour les personnes infectées par le VIH et que les interventions étaient une pure perte de médicaments, d'argent ou de temps (Feldman et al., 2002). La discrimination a bien des visages différents — de l'impolitesse au refus de traiter les femmes séropositives en passant par la divulgation de

l'information pourtant confiée en toute confidentialité. On note par ailleurs des cas de stérilisation forcée des femmes séropositives. Bien des facteurs viennent expliquer ce refus des prestataires de donner des conseils : manque de directives, manque de matériel et de fournitures d'information, d'éducation et de communication (IEC), gêne à parler de ces sujets et attitudes réprobatoires à l'égard des clientes (Askew et Maggwa, 2002).

Des études menées au Rwanda et en Zambie ont montré que la majorité des femmes séropositives qui ne souhaitent pas tomber enceintes n'ont pourtant aucune connaissance des options contraceptives (Cates, 2001). Ce manque de connaissances peut tenir au fait qu'il arrive souvent que les risques associés à la grossesse tant pour la mère que pour l'enfant ne soient pas expliqués aux femmes, en partie parce que la société décourage souvent les femmes séropositives d'avoir des relations sexuelles et de tomber enceintes. De tels jugements sociétaux empêchent les femmes d'avoir accès aux connaissances fondamentales qui leur permettraient de prendre des décisions en tenant compte de tous les faits. L'Afrique subsaharienne a un des taux de nouvelles infections infantiles parmi les plus élevés au monde ; pourtant, seules 5 pourcent des femmes enceintes y ont accès aux services de PTME (POLICY Project, 2004). Pour éviter un traitement discriminatoire et toute la stigmatisation afférente, les femmes séropositives ou les femmes qui ne connaissent pas leur statut VIH mais qui ont des comportements à haut risque pourraient bien décider de ne pas se rendre dans les services de santé. Les prestataires de soins et les conseillers perdent ainsi une bonne occasion d'informer les femmes séropositives sur les risques de grossesse, du travail et de l'accouchement, sur la PTME et sur les options de PF pour leur permettre de planifier leur fécondité en tenant compte de leur statut VIH. De plus, de nombreuses femmes séropositives accouchent à la maison pour éviter ce genre de jugement discriminatoire. Dans d'autres cas, ce sont les prestataires qui refusent aux femmes l'accès aux services obstétricaux à cause de leur statut séropositif, les empêchant ainsi d'obtenir les médicaments ARV essentiels pour prévenir la TME.

VOIX DE SÉROPOSITIVES

« J'ai eu bien du mal avec les infirmières qui m'ont pris pour une dévergondée, et certaines m'ont carrément dit que mon bébé allait mourir. D'autres ont été plus gentilles, me disant qu'il y avait de l'espoir pour mon enfant. »

~ Femme séropositive du Zimbabwe (Feldman et al., 2002)

Un plan efficace de SC repose sur la connaissance qu'une femme séropositive risque de continuer à être sexuellement active sans protection en dépit de toute la pression culturelle exercée pour qu'elle s'abstienne. Des études menées auprès de femmes séropositives indiquent que si 70 pourcent d'entre elles sont sexuellement actives, elles utilisent de manière très variable des méthodes de contraception et des grossesses non souhaitées surviennent donc souvent (Mitchell et Stephens, 2004). Par ailleurs les femmes qui utilisent des méthodes contraceptives à long terme signalent une faible utilisation ou utilisation irrégulière du préservatif. Les politiques de gestion et d'intervention qui réduisent la stigmatisation et la discrimination et qui aident les femmes séropositives à demander et recevoir les soins et l'information dont elles ont besoin soit d'éviter les grossesses non souhaitées soit de concevoir si elles le souhaitent, figurent donc au cœur même d'une stratégie complète de SC.

Des obstacles sur le plan des politiques limitent l'accès

Outre les pratiques cliniques, les attitudes des prestataires et les barrières médicales, il existe également des obstacles sur le plan des politiques qui bloquent l'accès des femmes séropositives aux services de planification familiale. Ces barrières se dressent aux niveaux national et opérationnel et elles peuvent être facilement supprimées par un plan efficace de SC. Dans bien des pays, des politiques opérationnelles inefficaces viennent restreindre la catégorie de personnel autorisé à réaliser certaines procédures, limitant ainsi la disponibilité des méthodes. Par exemple, dans certains pays, les infirmières ne sont

⁴ Pour de plus amples informations sur le choix de la méthode contraceptive selon la recevabilité médicale, veuillez consulter « WHO Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use » à <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.pdf>

pas autorisées à insérer des DIU. De telles contraintes limitent la disponibilité de méthodes contraceptives efficaces à long terme pour les femmes.

Il semblerait que la pression politique ait poussé bien des gouvernements à utiliser des fonds réservés à la planification familiale pour les réaffecter à la lutte contre le VIH/SIDA, limitant ainsi les ressources disponibles pour recycler les prestataires de soins de santé en poste afin qu'ils puissent fournir conseils et services nécessaires pour garantir la sécurité contraceptive des femmes séropositives. Une telle division des services en fonction des sources de financement peut nuire à la prestation de services complets pour toutes les femmes. On ne saurait insister suffisamment sur l'importance d'une intégration des programmes et de la fourniture d'informations sur la PF dans le contexte du VIH/SIDA. Par exemple, les femmes qui viennent obtenir des services de PTME et un grand nombre de celles qui se rendent dans les services de conseils et de dépistage du VIH et traitement par ARV sont sexuellement actives et fécondes et il serait très utile de leur donner des conseils supplémentaires sur la planification familiale et le comportement de fécondité à haut risque (Strachan et al., 2004).

Un processus de gestion à caractère exclusif émanant d'en haut contribue à un environnement qui ne permet pas la représentation des parties concernées, d'où des politiques inefficaces qui ne répondent pas aux besoins individuels. Le principe de la participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA (GIPA) de 1994 a pour but d'assurer plus de participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS) à tous les niveaux de la formulation de politiques et de la prise de décisions. La Communauté Internationale des Femmes Vivant avec le VIH/SIDA (ICW, en anglais) a indiqué que les PVVS notamment les femmes séropositives, ne sont toujours pas incluses au processus décisionnel (ICW, 2004b).

La planification familiale ne figure pas parmi les priorités pour l'octroi de ressources

La rivalité entre les initiatives de lutte contre le VIH/SIDA et celles de planification familiale peut aller à l'encontre du but de

sécurité contraceptive. Le message de la conférence de 2004 « Appel à l'Action sur la Planification Familiale et le VIH/SIDA chez les Femmes et les Enfants » souligne le renforcement des liens entre les activités de PF et de VIH/SIDA pour atteindre les buts du développement international. Toutefois, les informations qui nous proviennent des pays à prévalence élevée révèlent une tension constante entre les initiatives de VIH/SIDA et la PF tant pour les fonds que pour l'attention. Les ressources aussi bien du pays hôte que des organisations internationales continuent à être accordées au VIH/SIDA alors que la planification familiale — aspect pourtant essentiel de la prévention — tend à être reléguée au second rang. La décentralisation des soins de santé dans bien des pays vient encore compliquer les questions d'allocations de fonds puisque l'argent doit être engagé au niveau de chaque clinique et non plus au niveau national. L'apparition des paniers de financement pour un programme plus vaste d'activités limite également la quantité de fonds accordée aux activités de PF.

Cette joute entre les programmes VIH/SIDA et PF se déroule dans d'autres domaines importants comme celui des ressources humaines. Des agents qualifiés dans maintes disciplines suivent le flot de l'argent vers des postes dans les programmes de VIH/SIDA, laissant derrière eux un vide dans les programmes de PF. Ces ré-affectations du personnel vers le domaine du VIH/SIDA inversent ou arrêtent donc bien des gains qui avaient été acquis ces dernières années dans le domaine de la PF par plusieurs pays. Par exemple, au Kenya, la prévalence de la contraception est passée de 27 pourcent en 1989 à 39 pourcent en 1998 puis a stagné se maintenant à la barre des 39 pourcent en 2003, alors qu'augmentaient régulièrement les fonds accordés au VIH/SIDA (Central Bureau of Statistics et al., 2003). La baisse rapide de l'indice synthétique de fécondité (ISF) au Kenya s'est arrêtée d'un coup, ne bougeant plus que légèrement, de 4,7 en 1998 à 4,8 en 2003 (Central Bureau of Statistics et al., 2004). Et pourtant les enquêtes continuent de mettre en avant un besoin non satisfait parmi des femmes kényanes qui souhaitent espacer ou limiter les futures naissances mais qui n'emploient aucune méthode de PF (Gichuhi et al., 2004).

Adopter une nouvelle approche

Un plan complet de SC peut préparer le terrain pour des politiques et des initiatives qui ciblent véritablement les femmes séropositives et répondent à leurs besoins. Les interventions intégrées décrites ci-après peuvent faire progresser les initiatives de SC et apporter par ailleurs aux femmes séropositives le soutien complémentaire dont elles ont besoin à chacune des quatre étapes décrites par l'OMS pour la prévention périnatale du VIH. Ces interventions se rangent dans trois grandes catégories : plaidoyer et engagement des parties concernées, formation et réglementation des prestataires de soins de santé, et coordination des programmes VIH/SIDA et PF.

1. Interventions concernant le plaidoyer et l'engagement des parties concernées

Faire participer les femmes séropositives aux initiatives et à la planification de SC

Lors des premières étapes de la planification, il faut évaluer les besoins de toutes les parties concernées, surtout ceux des femmes séropositives puis tenir compte du témoignage direct des sous-groupes touchés. Des pays comme l'Ukraine qui ont fait participer activement les femmes séropositives à leurs activités de planification (voir Encadré 4) augmentent fortement la chance que leur stratégie de SC réponde bien mieux aux besoins des groupes vulnérables.

Toutes les étapes de l'effort de planification de SC, y compris les volets d'estimations des besoins et achats doivent refléter les besoins des femmes séropositives. Une fois qu'on commencera à tenir compte des besoins de ces groupes vulnérables dans les prévisions de contraceptifs et autres produits de la santé de la reproduction, il faudra de plus grandes quantités de ces produits pour répondre à leurs besoins. Au Kenya, le besoin estimé de préservatifs a doublé quand le pays a commencé à promouvoir les préservatifs pour la prévention du VIH en plus de la planification familiale (Kenya Ministry of Health, 2002). Il faut également tenir compte des implications des initiatives de SC au niveau des achats. Par exemple, la demande de préservatifs augmentera encore si le message sur la protection double passe plus et que les services conseils en PF sont mieux intégrés aux services de conseils et dépistage du VIH/SIDA.

Faire participer les hommes à la planification familiale comme moyen d'élargir l'accès et les choix pour les femmes

Etant donné les rôles sociaux et liés au genre imposés par plusieurs cultures, les femmes n'ont guère le pouvoir de faire des choix sur les méthodes de contraception ou même sur l'utilisation de la contraception. Les interventions ouvrant la communication entre les partenaires augmente la probabilité qu'un couple pratiquant un sexe plus sûr et prenant des décisions sur leurs options de reproduction soit mieux informé des choix disponibles et se mette d'accord sur une/des méthode(s) mutuellement acceptable(s). L'Initiative de CARE au Cambodge *Couples au Courant* a recruté des couples en leur demandant d'être des éducateurs pairs et d'animer des discussions de groupe avec d'autres couples sur la santé sexuelle et reproductive dont la transmission du VIH, l'utilisation de la double protection et la violence conjugale. Si l'information donnée à une femme sur la santé sexuelle et l'utilisation du préservatif augmente effectivement son niveau de connaissance, elle ne se traduit pas forcément en capacités de négociation de pratiques sexuelles moins risquées avec son partenaire ou d'utilisation des méthodes fiables de planification familiale. Un projet pilote de CARE a toutefois obtenu des résultats prometteurs à cet égard en montrant que si les maris obtenaient des informations et participaient à des discussions sur les pratiques sexuelles moins risquées, les femmes se sentaient bien plus en confiance pour démarrer des conversations sur la sexualité et l'utilisation de préservatifs. Par ailleurs, on a noté qu'au sein des couples qui avaient participé au programme, les actes de violence avaient diminué et l'utilisation du préservatif avait augmenté. (Walston, 2005).

Mobiliser la société civile pour plaider en faveur des femmes séropositives

Un fort appui du gouvernement est essentiel pour la réussite du projet, surtout si le public cible est constitué de groupes habituellement marginalisés. Les PVVS au Swaziland se sont mobilisées pour augmenter leur participation à la mise au point du plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA de leur pays, accroissant ainsi la probabilité

ENCADRÉ 4. En Ukraine, les femmes séropositives participent à la stratégie SC

L'Ukraine, deuxième pays pour la prévalence du VIH en Europe de l'Est, a investi bien des ressources dans des études sur les politiques actuelles qui sous-tendent la planification pour la SC et d'autres domaines préoccupants. Les études ont un fort impact sur le processus de planification en SC du pays. Des enquêtes sur le terrain auprès des parties concernées, y compris des groupes vulnérables tels que les femmes séropositives augmentent la probabilité de la stratégie de SC de l'Ukraine d'améliorer l'accès pour tous.

La mise au point du nouveau Programme National de Santé de la Reproduction de 2006-2015 repose sur de solides recherches. Elle a permis de rédiger un guide complet intitulé « Venir à bout des barrières opérationnelles à la SR en Ukraine » (Projet POLICY et al., 2003) et une étude évaluant le statut des femmes séropositives, leur accès à des services de SR de haute qualité et la protection de leurs droits en Ukraine (Ukrainian Institute for Social Research, 2004).

ENCADRÉ 5. Le Swaziland défend l'engagement des PVVS

Le Programme régional de l'USAID pour la lutte contre le VIH/SIDA (RHAP, en anglais) en Afrique du Sud et le Projet POLICY soutiennent les ONG locales et les groupes de la société civile au Swaziland pour mobiliser des ressources pour les programmes de PF/SR et de VIH/SIDA. RHAP travaille en collaboration avec le Swaziland pour inclure les besoins des femmes séropositives dans son plan stratégique pour élargir l'accès aux services de PF/SR et sensibiliser les prestataires de soins aux problèmes de la stigmatisation et de la discrimination. L'effort revêt une grande importance au vu du statut marginalisé des femmes dans ce pays. Elles sont jugées mineures aux yeux de la loi et ne peuvent ni posséder de terres ni signer de contrats sans le consentement et la coopération de leur mari ou d'autres hommes de la famille. Cette situation légale façonne souvent leur statut social et limite notablement leur pouvoir de prendre des décisions, les obligeant à passer par les hommes pour avoir accès à l'information et aux services de PF. Si on veut améliorer l'accès à la planification familiale pour les femmes séropositives, il faut éduquer et engager les hommes et d'autres membres de la famille comme les belles-mères.

que ce plan réponde effectivement à leurs besoins (voir Encadré 5). Toute intervention qui mobilise la société civile pour plaider au nom de groupes marginalisés afin de leur permettre de prendre part à la planification du programme joue un rôle important pour parvenir à la sécurité contraceptive.

S'allier aux dirigeants communautaires

La planification familiale surtout pour les femmes séropositives reste encore une question fort controversée dans certaines communautés où subsiste une résistance religieuse, culturelle et sociale élevée contre la planification familiale. En engageant les dirigeants communautaires dans la

discussion publique sur la planification familiale, on peut aider à conférer un caractère légitime au programme de PF du pays et à sensibiliser la communauté aux problèmes que rencontrent les femmes séropositives. Par le dialogue ouvert, on peut combattre la stigmatisation et donner aux femmes séropositives un meilleur accès à l'information en les sensibilisant davantage à la disponibilité des services de PF.

Le programme communautaire REACH de l'USAID (Action Rapide et Efficace pour Combattre le VIH/SIDA) est un partenariat entre Pact et le Futures Group qui octroie des dons aux ONG comme L'Agence Adventiste pour le Secours et le

Development (ADRA, en anglais). Cette dernière ONG est active au Cambodge où elle travaille avec des dirigeants traditionnels, des soignants, des prestataires de soins de santé et des familles affectées par le VIH/SIDA afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination au niveau communautaire (voir Encadré 6). Cet effort de base pour disséminer l'information est une première étape vers la création d'un environnement facilitant l'accès à l'information et aux services et soins de santé nécessaires pour les femmes séropositives.

2. Interventions concernant la formation et la réglementation des prestataires de soins de santé

Formuler des politiques pour élargir les responsabilités des infirmières et des agents de soins de santé communautaire

Les politiques incluant des restrictions quant au type de personnel autorisé à exécuter des procédures comme l'insertion du DIU ont pour effet de limiter le nombre de prestataires capables de dispenser des services aux femmes souhaitant utiliser la planification familiale. Les politiques empêchent également certains membres du personnel de distribuer des ARV, aspect essentiel de la PTME.

Sachant que le pays manquait de femmes médecins et que la demande de DIU allait croissant, le Ministère de la Santé de Jordanie a approuvé un programme pilote permettant aux sages-femmes d'insérer le DIU et de répondre ainsi à la demande. Les homologues jordaniens formés par POLICY/Egypt ont renforcé la capacité des prestataires de soins de santé à demander au ministère d'autoriser les sages-femmes à insérer le DIU. La décision représente un grand pas en avant dans un pays en développement où les médecins peuvent souvent s'opposer à la prestation d'un service particulier par la profession paramédicale.

Réduire la stigmatisation et la discrimination par le biais de la formation et des directives pour les agents de santé

Comme indiqué, la stigmatisation et la discrimination sont d'importantes barrières contre l'accès efficace aux produits, aux services de soins de santé et à l'information

ENCADRÉ 6.

Les ONG utilisent les dirigeants communautaires pour communiquer leur message au Cambodge

Adventist Development and Relief Agency au Cambodge, bénéficiaire d'un don de REACH, habilite et mobilise les parties concernées, par exemple les dirigeants bouddhistes, les autorités locales et les PVVS pour combattre la discrimination interne et externe et faciliter des changements durables à grande échelle dans les attitudes sociales. Ces parties concernées qui jouissent d'influence, sont mobilisées pour communiquer une information correcte, contrecarrer des mythes entourant le VIH/SIDA et les PVVS, encourager la communauté et les individus à avoir une réponse empreinte de compassion face aux PVVS et informer les personnes sur la disponibilité locale de soutien et de services de conseils et de dépistage.

ENCADRÉ 7.

Des directives qui protègent les agents de santé en Afrique du Sud

Les *Directives pour le soin et le soutien du personnel de santé dans le contexte du VIH et du SIDA* de POLICY/Afrique du Sud expliquent les droits, responsabilités et services dus aux agents de santé confrontés au VIH/SIDA. Elles décrivent les conditions d'un contexte de travail sûr et efficace et accroissent la pression sur les dirigeants pour qu'ils appliquent de telles directives. Par ailleurs, elles apprennent aux agents de santé leurs propres droits. Sachant qu'ils ont droit à la protection et qu'ils ont accès à l'équipement, la formation et les produits pour se prémunir contre les risques de l'infection, ces derniers seront davantage prêts à fournir des soins complets et une information adéquate aux patientes séropositives. Le nombre d'insertions de DIU, de césariennes et d'autres interventions envahissantes pour des femmes séropositives devrait augmenter au fur et à mesure que le personnel de santé se sentira mieux protégé contre le risque de contracter le VIH/SIDA.

de PE. Un changement d'attitude chez les agents de santé à l'égard des PVVS évitera ce traitement discriminatoire et rendra l'information et les services plus accessibles pour les femmes séropositives. Une fois ces barrières levées, les prestataires seront davantage enclins à apporter l'information complète nécessaire sur toutes les méthodes contraceptives qui sont disponibles pour les femmes séropositives. Ces dernières se sentiront elles aussi davantage incitées à consulter les prestataires pour des traitements et services. Une étude récente faite au Mexique sur un atelier de formation de quatre semaines traitant du VIH pour des professionnels de la santé a montré clairement qu'un changement d'attitude et une augmentation des connaissances chez ces derniers à propos du VIH est un moyen très efficace de lutter contre la discrimination à l'égard de cette maladie (National Institute of Public Health et al., 2004). Des directives de

protection pour le personnel soignant qui s'occupe des PVVS peuvent aider à favoriser un environnement de travail plus sûr (voir Encadré 7). Des agents de santé qui se sentent mieux protégés contre l'infection sur les lieux de leur travail seront mieux à même de fournir les soins adéquats aux patients séropositifs. La formation en promulgation de conseils apportée aux prestataires de soins en Zambie a amélioré le niveau de soins reçu par les femmes séropositives.

VOIX DE SÉROPOSITIVES

« Il y a une grande différence. Ceux qui ont suivi la formation nous traitent mieux que ceux qui n'ont pas été formés... ceux-là, ils nous demandent juste d'attendre. »

~ Femme séropositive au Mexique
(Banda et al., 2004)

Il est attesté que les prestataires non seulement refusent parfois un traitement aux femmes séropositives mais qu'ils les obligent également à se faire stériliser ou avorter. Une stérilisation ne devrait être faite que si la femme a reçu toute l'information dont elle a besoin pour prendre une décision en toute connaissance de cause et si elle a choisi volontairement cette intervention. Les rapports indiquant que les femmes séropositives dépistées par des services de conseils et dépistage prénatals et qui sont forcées de se faire stériliser après l'accouchement sont autant d'exemples de mauvaise exécution des programmes de PF tels qu'ils sont décrits par des conventions internationales et des politiques du Gouvernement américain (amendement TIAART; Ipas et al., 2004). Les agents de santé doivent être armés d'informations médicales sur le VIH et sa transmission et ils doivent également connaître les politiques publiques relatives à la prestation des services de santé pour les femmes séropositives.

S'alliant pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVVS, le Ministère de la santé de la Jamaïque, les ONG, JHPIEGO et la Fondation Pfizer ont collaboré pour créer des outils à l'intention des agents de santé (JHPIEGO, 2004). Le projet a pour objet d'améliorer la qualité des services dispensés par les agents de santé aux patients VIH/SIDA. Il apportera aux agents de santé une formation portant sur les infections opportunistes et la prévention des infections en communiquant des messages contre la discrimination par le biais de jeux de rôle et discussions. Par ailleurs, le projet inclut un suivi de la prestation des services par les participants et l'examen des réponses aux questions de stigmatisation et discrimination dans les sondages. Les prestataires formés feront également l'objet d'un suivi pour évaluer toute amélioration dans le comportement discriminatoire et stigmatisant suite à la formation. Les données collectées sur le changement de comportement et les opinions des patients quant à l'amélioration des services seront utilisées pour étayer les activités de plaidoyer.

Inclure la planification familiale et le VIH/SIDA aux programmes de formation formelle et informelle des agents de santé

L'incorporation d'informations complètes sur le VIH/SIDA et la planification familiale pour les femmes séropositives dans le cadre de la formation destinée au personnel de santé à tous les niveaux augmentera la disponibilité de la prestation de services et réduira la discrimination. Les instructions concernant l'insertion de DIU chez les femmes séropositives peuvent par exemple être ajoutées au programme des facultés de médecine et des écoles d'infirmières et de sages-femmes. Cette formation fournie durant les études initiales puis durant la formation continue, peut aider les prestataires à acquérir des connaissances et compétences dont ils ont besoin pour mieux servir les femmes séropositives.

JHPIEGO a mis au point un guide d'orientation en PF/SR pour mettre à niveau les prestataires des soins VIH/SIDA. Le guide permet aux prestataires d'apporter des conseils préventifs essentiels, les forme à la prestation des méthodes contraceptives aux personnes séropositives et explique comment négocier l'utilisation de préservatifs entre partenaires dont le statut VIH est discordant. Par ailleurs, JHPIEGO a mis au point une série de tutorats multimédia ReproLearn® intitulée « Soins des femmes vivant avec le VIH dans des contextes aux ressources limitées » (JHPIEGO en ligne). Les tutorats sont une bonne source de connaissances techniques pour les médecins, enseignants des facultés de médecine et autres formateurs en soins de santé intervenant dans des contextes aux ressources limitées. Ces connaissances les aident d'une part à fournir des services de haute qualité aux femmes vivant avec le VIH et peuvent d'autre part servir à former d'autres prestataires de soins de santé. Les tutorats peuvent être utilisés comme outils par les formateurs pour communiquer les directives nationales sur le VIH/SIDA ou comme matériel de référence pour la formation avant l'emploi ou celle en cours d'emploi concernant le VIH/SIDA. Ils sont organisés en modules sur la prévention, les conseils et dépistage volontaire, la santé de la reproduction, la PTME par le biais de la grossesse et de l'allaitement ainsi que la nutrition.

3. Coordination des programmes de VIH/SIDA et PF

Intégration de la planification familiale aux services de conseils et dépistage volontaire et autres services de soins liés au VIH/SIDA

L'intégration des services de conseils et dépistage aux services de PF qui sont généralement offerts sous forme de programmes verticaux peut permettre de fournir des services plus complets, d'élargir l'accès aux services et de faire baisser les dépenses de fonctionnement. Si on communique une information sur la planification familiale et le risque d'une grossesse pour les femmes séropositives dans le cadre des séances de conseils et dépistage volontaires (CDV), on pourra aider à éviter les grossesses non souhaitées et à faire baisser le taux de transmission mère-enfant (FHI, 2004). Il est très important d'étendre au plus grand nombre possible les services de conseils et dépistage volontaire pour le VIH dans un contexte où n'existe aucune discrimination car un grand nombre de personnes ne sont pas au courant de leur statut VIH. Ceci permettrait de mettre à la disposition de ceux qui le veulent et en ont besoin les informations et services appropriés. Des efforts doivent être faits pour cibler ces services CDV en premier lieu vers les personnes exposées au plus haut risque d'infection et intégrer des messages et services sur la PF.

Advance Africa collabore avec des agents de distribution communautaire (ADC) du Conseil National de Planification Familiale au Zimbabwe afin d'ajouter la prévention du VIH/SIDA au programme actuel de planification familiale de ces agents. On apporte une formation à ces derniers sur les conseils aux clients concernant la prévention du VIH et l'orientation vers les programmes CDV. Les agents organisent également des réunions de groupe sur la santé de la reproduction, dont la planification familiale et le VIH et aident à combattre toute discrimination au sein de leurs communautés.⁵

⁵ Pour de plus amples informations, prière de consulter le site web d'Advance Africa à <http://www.advanceafrica.org>

Family Health International (FHI, en anglais) mène des efforts d'intégration de la PF aux programmes de VIH/SIDA cherchant à communiquer les informations essentielles en PF aux femmes séropositives qui pourraient avoir été privées de l'accès à de telles informations et à utiliser davantage la planification familiale pour prévenir de nouvelles infections. Des évaluations sont faites sur l'éventuelle utilisation des programmes de soins à domicile pour répondre aux besoins en PF/SR des clientes et soignantes à domicile au Kenya et en Afrique du Sud. FHI collabore également avec le Ministère de la Santé au Kenya pour ajouter la planification familiale aux services de conseils et dépistage volontaire. Au Zimbabwe, une autre étude du même genre est en cours se penchant également sur la possibilité d'intégrer la planification familiale aux services de VIH/SIDA. De plus, FHI prévoit de collaborer avec EngenderHealth pour mettre au point un module de formation sur la fourniture de la contraception à l'intention des femmes séropositives, notamment celles suivant un traitement ARV.

Il n'est guère facile d'assurer l'apport d'informations en PF lors d'une séance de conseils et dépistage volontaire dans ce contexte marqué par les préjugés des prestataires et la pression de la communauté. S'assurer que les prestataires des services de conseils et dépistage du VIH soient éduqués en matière de PF et aient le matériel à distribuer aux clients ne représente que la première étape de la diffusion de l'information. La Jamaïque a mis sur pied un programme national de CDV mais sans inclure des thèmes de PF dans sa formation pour les conseillers. Se doter d'une politique opérationnelle demandant aux prestataires d'apporter une information en PF lors des visites de CDV est un moyen de renforcer les chances de disséminer l'information sur la PF. Offrir des incitations aux prestataires pour les encourager à apporter des informations complètes à tous les clients relève d'une autre approche qui peut aider la diffusion à plus grande échelle.

Conclusion

Il est essentiel que toutes les femmes puissent choisir, obtenir et utiliser une méthode de contraception efficace et convenable, y compris celles qui sont affligées par le VIH. Ces femmes se heurtent à des barrières accrues pour accéder à la planification familiale et peuvent subir de graves conséquences si l'accès leur est refusé. En répondant aux besoins de ce groupe marginalisé, on aidera non seulement directement les femmes séropositives mais également leurs enfants, leur famille et leur communauté. Une coordination s'avère nécessaire à tous les niveaux, de la formulation de politiques de gestion à leur application en passant par la formation des prestataires et l'éducation de la communauté si on veut garantir la sécurité contraceptive des femmes séropositives. Enfin, alors que les pays en développement commencent à formuler leurs propres plans de SC et qu'augmente la demande de contraceptifs en même temps que diminue l'aide des bailleurs de fonds pour les produits de PF, les stratégies doivent recommander un ciblage de ressources sur les besoins des groupes vulnérables, y compris les femmes séropositives, les jeunes et les pauvres. ■

Références choisies

- Askwew, Ian, et Ndugga Baker Maggwa. 2002. "Integration of STI Prevention and Management with Family Planning and Antenatal Care in Sub-Saharan Africa-What More Do We Need to Know?" *International Family Planning Perspectives* 28(2): 77-86.
- Banda, H.N., S. Bradley, et K. Hardee. 2004. "Provision and Use of Family Planning in the Context of HIV/AIDS in Zambia: Perspectives of Providers, Family Planning and Antenatal Care Clients, and HIV-Positive Women." Lusaka: POLICY Project.
- Cates, Willard Jr. 2001. "Use of Contraception by HIV-infected Women." *International Planned Parenthood Federation Medical Bulletin* 35(1): 1-2.
- Central Bureau of Statistics, Ministry of Health, Kenya Medical Research Institute, Center for Disease Control, and MEASURE DHS+. 2003. "Kenya and Demographic Health Survey 2003: Preliminary Report." Nairobi: Central Bureau of Statistics.
- Central Bureau of Statistics, Ministry of Health, Kenya Medical Research Institute, National Council for Population and Development, ORC Macro, U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 2004. "Kenya Demographic and Health Survey, 2003." Nairobi: Kenya Central Bureau of Statistics.
- De Bruyn, Maria. 2002. "Reproductive Choice and Women Living with HIV/AIDS." Chapel Hill, NC: Ipas.
- Family Health International (FHI). 2004. "Integrating Family Planning and Voluntary Counseling and Testing Services in Kenya." Research Triangle Park, NC: FHI.
- Feldman, R., Jo Manchester, et Caroline Maposhere. 2002. "Positive Women: Voices and Choices-Zimbabwe Report." Harare: International Community of Women Living with HIV/AIDS.
- Gichuhi, W., S. Bradley, et K. Hardee. 2004. "Provision and Use of Family Planning in the Context of HIV/AIDS in Kenya: Perspectives of Providers, Family Planning and Antenatal Care Clients, and HIV-Positive Women." Nairobi: POLICY Project.
- International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW). 2004a. "ICW Vision Paper 4: HIV-positive Women and Human Rights." London: ICW.
- International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW). 2004b. "ICW Vision Paper 5: Participation and Policy Making: Our Rights." London: ICW.
- Ipas, Center for Health and Gender Equity (CHANGE), International Community of Women Living with HIV/AIDS, Pacific Institute for Women's Health. 2004. "Fulfilling Reproductive Rights for Women Affected by HIV: A Tool for Monitoring Achievement of Millennium Goals." Chapel Hill, NC: Ipas.
- JHPIEGO. 2004. Media release retrieved on August 24, 2004, from <http://www.jhpiego.org/media/releases/nr20040413.htm>.
- JHPIEGO. Online. "Care of Women Living with HIV in Limited-Resource Settings." Interactive tutorials available online at <http://www.reproline.jhu.edu/video/hiv/tutorials/English/index.htm>.
- Kenya (Republic of) Ministry of Health. 2002. Contraceptive Commodities Procurement Plan 2003-2006.
- Mitchell, H.S., et E. Stephens. 2004. "Contraception Choice for HIV-positive Women." *STI Journal* 80: 167-173.
- National Institute of Public Health of Mexico, POLICY Project, Mexican Network of PLHAs, Colectivo Sol, LetraS, FRENPAVIH, Empresa Medilex, CENSIDA, and Macro International. 2004. "Mo Kexteya: Reduction of Stigma and Discrimination Related to HIV/AIDS in Mexico: Final report of diagnostic phase."
- POLICY Project. 2005. "Family Planning Services as a Component of Prevention of Mother-to-Child-Transmission (PMTCT) Programs." Internal presentation. Washington, DC: Futures Group, POLICY Project.
- POLICY Project. 2004. "Meeting the Reproductive and Sexual Health Needs of HIV-Positive Women in Swaziland: A Rights-based Approach." Washington, DC: Futures Group, POLICY Project.
- POLICY Project, USAID, et MEDMA. 2003. "Overcoming Operational Barriers to RH in Ukraine." Washington, DC: Futures Group, POLICY Project.
- Strachan, M., A. Kwateng-Addo, K. Hardee, S. Subramaniam, N. Judice, et K. Agarwal. 2004. "An Analysis of Family Planning Content in HIV/AIDS, VCT, and PMTCT Policies in 16 Countries." *POLICY Working Paper Series* No.9. Washington, DC: Futures Group, POLICY Project.
- Sweat, M. 2004. "Linkages between Family Planning and HIV PMTCT Programs: Opportunities and Challenges." Baltimore: Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Department of International Health.
- Ukrainian Institute for Social Research, Ukrainian AIDS Center, Ministry of Health Ukraine, Youth NGO "Life Plus," POLICY Project. 2004. "Analytical Report: Access of HIV-Positive Women to Quality Reproductive Health and Maternity Services." Kyiv City: POLICY Project.
- UNICEF, UNAIDS, et USAID. 2004. *Children on the Brink 2004: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action*. New York: UNICEF.
- Walston, Naomi. 2005. "Challenges and Opportunities for Male Involvement in Reproductive Health in Cambodia." Phnom Penh: POLICY Project/Cambodia; Washington, DC: Futures Group.
- World Health Organization (WHO). 2003. *Strategic Approaches to the Prevention of HIV Infection in Infants: Report of a WHO meeting, Morges, Switzerland, 20-22 March 2002*. France: WHO.

Pour de plus amples informations, prière de contacter:

Director, POLICY Project
 c/o Futures Group
 One Thomas Circle, NW, Suite 200
 Washington, DC 20005
Tel: (202) 775-9680
Fax: (202) 775-9694
E-mail: policyinfo@futuresgroup.com
Internet: www.policyproject.com;
www.futuresgroup.com